

Licht oder Schatten? Brustzentren in Deutschland
Kritische Reflexionen

F1[1] – Vom Gesundheitswesen zum Gesundheitsmarkt

Die „Brustkrebsversorgung" in Deutschland war in den letzten rund zehn Jahren wie unser gesamtes Gesundheitssystem einer gesundheitspolitisch betriebenen Umstrukturierung ausgesetzt. Vordergründig mit dem begrüßenswerten Ziel der Qualitätsverbesserung begonnen, jedoch vorwiegend an Gesichtspunkten einer Effizienzsteigerung ausgerichtet, wurde an verschiedenen Stellschrauben gedreht, mit weitreichenden Konsequenzen gerade für die Brustkrebsmedizin. Die beteiligten Akteure waren Fachgesellschaften und Deutsche Krebshilfe, gesetzliche Krankenkassen, Leistungsanbieter, Krebsindustrie und maßgeblich die Gesundheitspolitik. Die ungleichen Rollen von Männern und Frauen in unserer Gesellschaft und in deren Folge die männlich und wirtschaftlich dominierte Besetzung entsprechender Machtpositionen bei den Akteuren hat in dem für Frauen sensiblen Bereich eine elementare Rolle gespielt. Interessenvertretungen der Patientinnenorganisationen selbst ist es nicht gelungen, eine prägende Rolle einzunehmen. Sie wurden vielmehr geschickt von verschiedenen Akteuren in Bewegung gesetzt bzw. instrumentalisiert. Gerade die Patientinnenorganisationen befinden sich heute mit vielen zumeist unbezahlten fleißigen Helferinnen in einer Dienstleistungsposition für verschiedene Akteure wie z.B. Leistungsanbieter, Kassen oder Pharmaindustrie. Sie unterstützen die Akteure in unterschiedlichen Feldern, etwa bei der Akzeptanzfindung für medikamentöse Therapien. Leistungsanbieter wie Brustzentren und Schwerpunktpraxen nutzen teilweise die Begleitung und Beratung von Patientinnen durch Patientinnen und binden Patientinnen in die Ausgestaltung von Veranstaltungen als Programmpunkt mit ein. Auch Krankenkassen nutzen bei der Bereitstellung von Werbematerialien Patientinnenunterstützung für die eigenen Leistungsangebote. Netzwerke wie das BRCA-Netzwerk (genetisch bedingter Brustkrebs) sowie Pharmaforschung und Medikamentenmarketing suchen ebenfalls die „Kooperation" mit Patientinnen. Die Mitgestaltung beim Umbau des Versorgungssystems haben sich zwar einzelne Organisationen auf die Fahnen geschrieben, doch ein wirksamer Einfluss für die an Frauen ausgerichtete Brustkrebsmedizin ist, wenn überhaupt, so höchstens in Spuren wahrnehmbar. Auch Frauen- und Frauengesundheitsorganisationen ist es bisher nicht gelungen, sich maßgeblich bei der Gestaltung der Zentren, Behandlungsoptionen oder der Festlegung von Forschungsinhalten in den Veränderungsprozess einzubringen.

F2 – Etablierung des Screenings

Nach dem Essener Brustkrebsskandal und jahrelangem Ringen um Qualitätssicherung bei der Mammographie in Deutschland wurde nach einem fraktionsübergreifenden Bundestagsbe-

[1] Die Überschriften verwenden eine Anleihe aus der Computersprache: Funktionstaste F1 bis F4 und Escape.

schluss im Jahr 2002 damit begonnen, das Mammographie-Screening zu etablieren. Grundlage für die Entscheidung waren – bei offenen Fragen wegen der unklaren Bilanz zwischen möglichem Nutzen bzw. Schaden eines Mammographie-Screening-Programms – die Empfehlungen der WHO, des Europäischen Rates und des Europäischen Parlaments an die Mitgliedsstaaten sowie die Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung im Mammographie-Screening, die Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen sowie die „Vorbildfunktion" anderer Länder, in denen ähnliche Programme zum Teil seit Jahrzehnten laufen. Die Abkehr vom „grauen" Screening erlaubt eine strenge Überwachung beim Einsatz der Röntgenstrahlen und bietet bessere Möglichkeiten der Evaluation. Allerdings weicht die Etablierung des Screenings in Deutschland in wichtigen Punkten von europäischen Leitlinien ab. So geben die Europäischen Anforderungen an Brustzentren vor, Mammographie-Screening an spezialisierten Brustzentren anzusiedeln, während ein „separater Dienst" explizit ausgeschlossen wird. Im Wettlauf um den Versorgungsauftrag verblieb die Durchführung der Mammographie bei den niedergelassenen RadiologInnen. Die erwünschte nahtlose multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Diagnostikeinheiten und Brustzentren ist damit zumindest räumlich häufig dauerhaft erschwert bzw. der Blick auf Ursache und Wirkungen des Screenings ist für die dort diagnostisch tätigen ÄrztInnen ein Stück weit verstellt. Auswirkungen der Therapien auf die Frauen werden weniger direkt gesehen.

F3 – Einrichtung der Brustzentren

Die Behandlung von Brustkrebs in Deutschland wurde in der Vergangenheit von Krankenhäusern und niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt. Ausgewiesene Zentren mit besonderer Behandlungskompetenz waren bis vor wenigen Jahren die absolute Ausnahme. Die Europäische Fachgesellschaft der Brustkrebs-Spezialisten EUSOMA war auch hier ein Motor, um zunächst die Diskussion und nachfolgend auch die Einrichtung spezialisierter Brustzentren auf europäischer wie nationaler Ebene in Gang zu setzen.

Entsprechend europäischer Vorgaben ist ein Brustzentrum für eine Region mit 250.000 bis 300.000 Menschen vorgesehen. Auf Deutschland (82,2 Mio. Einwohner) übertragen sind dies rund 250 bis 330 Brustzentren. Folgt man weiter dem „europäischen Modell", so sollen die Zentren sich bei der europäischen Fachgesellschaft EUSOMA akkreditieren lassen. Die dort zurzeit erteilte sogenannte „initiale" Akkreditierung soll zu einem späteren Zeitpunkt zur Vollakkreditierung werden. Sie beruht dann weitgehend elektronisch auf den Ergebnissen der Maßnahmen aus dem „Case Management" nach EUSOMA-Leitlinien bzw. den dementsprechenden Daten aus der EUSOMA-Datenbank, die für das EUSOMA-Netzwerk zentral berechnet werden. Aktuell wird die Fortentwicklung dieser Datenbank betrieben. Die „Vollakkreditierung" als Brustzentrum kann beantragt werden, wenn ein Zentrum über einen Zeitraum von fünf Jahren kontinuierlich die Daten aus den Qualitätsüberprüfungen (sog. „Audits") in die EUSOMA-Datenbank eingegeben hat.

238 Brustzentren wurden in Deutschland bisher „zertifiziert" bzw. durch die europäische Fachgesellschaft EUSOMA „akkreditiert". Insgesamt 231 Brustzentren haben ein Zertifikat des deutschen Zertifizierungsinstituts OnkoZert. 22 Brustzentren haben sich bisher bei der europäischen Fachgesellschaft EUSOMA akkreditieren lassen. 15 dieser Einrichtungen verfügen zusätzlich über das „deutsche" Zertifikat. Die Ansiedelung der Brustzentren erfolgte im freien Wettbewerb der Anbieter. Dadurch sind die Einrichtungen zurzeit in sehr unterschiedlicher Dichte – von einer „Überversorgung" bis hin zur „Unterversorgung" – über die Nation verteilt. Für Zertifizierungsinstitute bedeutet jede Zertifizierung mehr zusätzliche Einnahmen und Beschäftigung. Die Kosten für „Zertifizierungen" sind nicht unerheblich und müssen fortlaufend aufgebracht werden. Eine Erstzertifizierung soll für „unter 10.000 €" zu erhalten sein. Nach der Erstzertifizierung finden jährliche Begehungen der Einrichtungen durch einen Auditor statt, die mit 3.000 bis 4.000 € zu Buche schlagen. Nach drei Jahren soll die sogenannte Rezertifizierung durchgeführt werden (ca. 5.000 bis 6.000 €). Trotz der nicht geringen Kosten werden die Termine der Audits und Rezertifizierungen weder von OnkoZert noch von den deutschen Fachgesellschaften im Internet bereitgestellt und lediglich die Erstzertifizierung ist nachvollziehbar. Mittel der Solidargemeinschaft der Versicherten, die für Zertifizierungen aufgewendet werden, stehen an anderer Stelle im Versorgungsablauf, z.B. für die psychoonkologische Begleitung, nicht mehr zur Verfügung.

Ein weiteres Beispiel für die Unterschreitung europäischer Anforderungen an Brustzentren bei uns: Brustzentren müssten sogenannte „Breast Care Nurses" beschäftigen, spezielle Brustschwestern, die Patientinnen im Zusammenhang mit allen Abläufen einer hoch invasiven Versorgung in ihrer Autonomie als Patientinnen zumindest etwas stärken könnten. Mit dem Angebot einer solchen Begleitung in Gesprächen mit ÄrztInnen und als Ansprechpartnerin für alle weiteren Fragen könnten patientinnenschädliche Machtstrukturen im Medizinbetrieb zumindest teilweise abgemildert werden. Die Breast Care Nurse, die nicht Teil des Pflegedienstes ist, bleibt in unseren Brustzentren jedoch die Ausnahme, und die Gefahr, dass sie unter dem Druck von Fallpauschalen und Kostenoptimierung auch zukünftig die Ausnahme bleibt, ist nicht nur in Deutschland groß. Es ist kein Zufall, wenn die erkrankte Frau damit auch zukünftig dem professionellen Medizinbetrieb der Brustzentren allein gegenübersteht.

Weitere bei uns etablierte aufwändige Instrumente der Qualitätssicherung werden dagegen von den Europäischen Leitlinien nicht vorgeschrieben: Mit jeweils eigener Datenerhebung sind die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) und die Disease-Management-Programme (DMP) der gesetzlichen Krankenkassen neu bei uns. Die Brustkrebs-DMP dürften bisher allerdings wohl eher der Krankenhauspolitik zugunsten eines politisch gewollten Klinikabbaus gedient haben und spielen heute kaum noch eine Rolle. Während ein nationales Krebsregister nach dem Standard der International Agency

for Research on Cancer (IARC) in Deutschland weiterhin fehlt, sind auch durch diese Maßnahmen immense Datenberge angewachsen, ohne dass konkrete Vorteile für Frauen nachvollziehbar geworden wären. Entscheidungshilfen für die Auswahl der bestmöglichen Behandlungseinrichtung liefern die Daten den Frauen jedenfalls nicht.

F4 – Die Versorgungslandschaft als Forschungslandschaft

Brustzentren sind bereits heute oftmals Teil einer kapitalgesteuerten Forschungsumgebung, die regional, national, europa- und weltweit strukturell eher an die Arbeitsbedingungen der Krebsindustrie, ihre Messen und Fortbildungsveranstaltungen, angepasst wurde, nicht aber an Wünsche und Bedürfnisse von Frauen. Die Zentren selbst gehen auch bei uns teilweise in den Besitz von Klinikkonzernen oder von im Pharmageschäft tätigen börsennotierten Aktiengesellschaften wie z.B. der Helios/Fresenius SE über. Gerade an den Brustzentren der Universitätsklinika geht nichts mehr ohne Drittmittelforschung für Pharmakonzerne. Die Deutsche Gesellschaft für Senologie (Slogan „Kompetenz zum Wohl der Frau") betreibt mit www.brustkrebs-studien.de eine Internetplattform zur Rekrutierung von Probandinnen für die Brustkrebsforschung. Auf den genannten Veranstaltungen wird damit geworben, dass jede Patientin in eine klinische Studie eingebracht werden kann. Mindestens 13 verschiedene Studiengruppen arbeiten allein in Deutschland mit Brustzentren und niedergelassenen onkologischen Schwerpunktpraxen zusammen und schleusen Frauen mit Brustkrebs in internationale „Multicenterstudien" und andere Forschungsprojekte ein. Für Frauen bzw. Frauenorganisationen besteht über Planung, Finanzierung (Geldgeber und Geldflüsse) und Ablauf sowie über die Ergebnisse bisher kaum Transparenz. Unter dem Schlagwort „Individualisierte Medizin" wird Forschung produktorientiert betrieben und beschränkt sich im Wesentlichen auf neue chemotherapeutische Krebsmedikamente (auch „Biologicals", sog. „Targeted Therapies", samt der zugehörigen Testverfahren). Die neuen Blockbuster, denen aufgrund ihrer „Mondpreise" eine systemsprengende Wirkung nachgesagt wird, zeigen im Vergleich zu älteren und nicht mehr patentgeschützten Arzneistoffen laut Berichterstattung unabhängiger Arzneimittelzeitschriften und Studien-Reviews bisher in der Regel leider höchstens geringe Vorteile für die Patientinnen. Während die ärztliche Leistung für die Patientin trotz Effizienzsteigerungen finanziell mehr und mehr entwertet wird, ergeben sich für ÄrztInnen sowohl in Zentren wie in onkologischen Schwerpunktpraxen neue Verdienstmöglichkeiten durch die Mitarbeit in der Pharmaforschung. Forschung und Anwendungsbeobachtungen binden nicht zuletzt ärztliche Arbeitszeit, und zwar erneut auf Kosten einer der Patientin zugewandten sprechenden Medizin. Alle neuen Brustkrebsmedikamente wurden in den letzten Jahren im Rahmen der problematischen, verkaufsfördernden Anwendungsbeobachtungen verordnet, meistens wohl ohne Wissen der Patientin. Doch die schöne neue deutsche Forschungslandschaft wird von anderer Seite bereits wieder bedroht: Nicht nur in den USA wird es beklagt, Europa ist ebenso betroffen: Die nächste Stufe der Effizienzsteigerung bringt die Pharmaforschung auch bei Brustkrebs nun in „Dritte-Welt-Länder".

No Escape – Keine Hoffnung für Frauen?

Die Hoffnungen auf eine an Frauen orientierte Brustkrebsmedizin haben sich, in der Rückschau der letzten zehn Jahre betrachtet, nicht erfüllt. Während die chirurgischen Therapien zu einem Teil immerhin schonender geworden sind, ist die hochtoxische Medikalisierung mit Chemotherapien und vielen anderer Medikamenten mit massiven Nebenwirkungen weiter angestiegen. Die Zahl der Probandinnen in klinischen Studien wurde von 3 - 5% auf 30% gesteigert (Stand 2006), wenn die Brustkrebspatientinnen in zertifizierten Brustzentren betreut wurden. Zum Vergleich: In den USA sollen dies 9% der Patientinnen sein. Die Überlebensraten sind praktisch unverändert und zeigen, soweit bei den Mängeln der Krebsregistrierung überhaupt eindeutige Aussagen möglich sind: Frauen in vielen anderen europäischen Ländern haben bessere Überlebenschancen.

Von Seiten neutraler Frauenorganisationen gibt es keine Kommunikation mit der europäischen Fachgesellschaft EUSOMA. Eine öffentlich zugängliche Berichterstattung über die Arbeit dieser Organisation ist auszugsweise auf deren Webseite nur in englischer Sprache verfügbar. Der europäische Rahmen mit einem vollständig an der Auswertung digitaler Daten orientierten Qualitätssicherungssystem über eine europäische „EUSOMA-Datenbank" erinnert an menschenleere Kontrollsysteme wie Toll Collect und elektronische Gesundheitskarte.

Die leitliniengestützte Brustkrebsversorgung in Zeiten von Fallpauschalen und DMP birgt Risiken und Fließband-Effekte und bringt Frauen, die sich vorgegebenen „Behandlungskorridoren" zu widersetzen suchen, spätestens durch die Macht einer verweigerten Kostenübernahme ihrer Krankenkasse zur Raison. Über die Finanzierung schließt sich auch dieser Kreislauf, während sich die Lebensbedingungen von Frauen mit Krebserkrankung, z.B. durch Hartz IV – was besonders jüngere, aber auch ältere Patientinnen betrifft –, spürbar weiter verschlechtert haben. Heilende Wege sind nicht in Sicht.

GUDRUN KEMPER
Netzwerk Frauengesundheit Berlin, Mitglied des Vorstands im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft, AKF e.V.
GUDRUN LÜTTGEN
Projektleitung Breast Cancer Action Germany, www.bcaction.de

Literatur bei den Verfasserinnen

EUSOMA-Brustzentren in Deutschland:
http://www.eusoma.org/Engx/BreastUnits/AccreditationProcess.aspx?cont=ap_accredited

Aktuelle Übersicht/Regionale Verteilung: Brustzentren in Deutschland
http://www.bcaction.de/pdf/03info/brustzentren_entwicklung_2009.pdf

Was muss ein Brustzentrum leisten? (Flyer)
http://www.bcaction.de/pdf/03info/leistungen-brustzentrum-flyer.pdf